Nota Técnica 511834

Data de conclusão: 12/05/2026 11:13:28

Paciente

Idade: 73 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Porto Velho/RO

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Estadual

Vara/Serventia: 1º Juizado Especial da Fazenda Pública de Porto Velho

Tecnologia 511834-A

CID: M17 - Gonartrose [artrose do joelho]

Diagnóstico: Gonartrose [artrose do joelho]

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudo médico.

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Produto

Registro na ANVISA? Não

Descrição: suplemento alimentar

O produto está inserido no SUS? Não

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: suplemento alimentar

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: manejo não-farmacológico (como perda de peso e fisioterapia), controle farmacológico da dor (anti-inflamatórios, analgésicos e medicamentos para dor crônica) e cirurgia.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: suplemento alimentar

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: suplemento alimentar

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: O colágeno é uma proteína fibrosa presente na pele, tendões, ossos, dentes, vasos sanguíneos, intestinos e cartilagens. São diversos os tipos de colágeno presentes nestas estruturas. O colágeno não hidrolisado, ou colágeno tipo II, é o principal em termos de estrutura da cartilagem, responsável pela sua resistência, tração e firmeza, promovendo a mobilidade e flexibilidade das articulações. Na OA, entre outros fatores, há uma produção exacerbada da enzima colagenase, contribuindo para a quebra da cartilagem, que tem por consequência a inflamação e dor (5).
Uma revisão sistemática e metanálise avaliou o uso de suplementos nutricionais no tratamento da OA, incluindo o colágeno não hidrolisado. Foram incluídos 69 ensaios clínicos randomizados (ECR), sendo que apenas um refere-se à intervenção com a tecnologia pleiteada (5,6). Nossa busca não recuperou outros ECR realizados nos últimos 10 anos que tenham considerado a referida tecnologia. Embora apenas um estudo tenha sido incluído na metanálise supracitada, esta será descrita, visto ter utilizado parâmetros para avaliação da relevância clínica dos desfechos, ausentes no estudo original. Na referida metanálise avaliou-se a melhora do desfecho dor e função, a curto (até três meses), médio (de 4 a 6 meses) e longo prazo (acima de 6 meses). Para tanto, foi avaliado o tamanho do efeito de cada estudo, para cada desfecho, considerando efeitos de até -0,3 como pequenos, de -0,3 a -0,8 moderados e, acima de -0,8, como grandes. Efeitos a partir de -0,37 foram aceitos como efeitos de significância clínica. O ECR de interesse contribuiu com dados quanto aos efeitos de curto e médio prazo, mostrando benefício moderado no alívio da dor (tamanho do efeito -0,67; IC95% -1,01 a -0,33 e -0,77; IC95% -1,16 a -0,38, em curto e médio prazo, respectivamente). Observa-se que o limite superior do efeito a médio prazo é marginal ao ponto de corte assumido para a significância clínica (-0,37), fazendo deste resultado inconclusivo. Quanto ao desfecho melhora da função, os efeitos estimados de médio e longo prazo não se mostraram clinicamente relevantes, visto que seus intervalos de confiança ultrapassaram o limite de -0,37, sendo estimados em -0,55 (IC95% -0,94 a -0,17) e -0,59 (IC95% -0,98 a -0,20), respectivamente (6).
Além dos desfechos dor e melhora da função, os investigadores do referido ECR também avaliaram se houve melhora na distância percorrida pelos indivíduos, ou na amplitude da flexão dos joelhos, desfechos clínicos importantes para os quais não foi observada melhora a despeito da suplementação ou uso de placebo (5).
Outra RS (7) com metanálise reuniu 8 ECRs para avaliar o efeito do uso de colágeno não

hidrolisado no alívio da dor e função do joelho de indivíduos com OA. Ao todo 243 pacientes receberam a intervenção por períodos médios de 3 a 6 meses, com doses diárias variando entre 10 e 40mg e perfazendo entre 1,2 e 10mg de substância ativa. Por meio da metanálise, foi observado que o uso de colágeno não hidrolisado, quando comparado ao uso de placebo, melhorou a qualidade de vida, aferida pelo escore Western Ontario and McMaster Universities (WOMAC) (mean difference [MD] -8,91; IC 95% -13,74 a -4,08), e a dor, mensurada pela escala Visual Analog Scale (VAS) (MD -1,65; IC 95% -2,77 a -0,54). Entretanto, esse efeito é impreciso, podendo ser muito pequeno em alguns indivíduos e maior em outros, conforme sugere a elevada amplitude dos intervalos de confiança. Nenhuma diferença entre os grupos foi observada para o desfecho de impacto da OA na função, medido pelo Lesquene's functional index (LFI) (MD -2,71; IC 95% -5,68 a 0,261). Considerando as limitações desta RS e que a qualidade da evidência não foi explorada, os autores reconhecem a necessidade destes achados serem validados por ECRs mais robustos.

Por fim, uma metanálise recente (8) que avaliou o uso de suplementação de colágeno em pacientes com osteoartrite de joelho incluiu 11 ensaios clínicos randomizados, totalizando 870 participantes (451 no grupo intervenção e 419 no grupo placebo). Observou-se melhora estatisticamente significativa na dor e na função articular, favorecendo o uso de colágeno, com redução da dor de -13,63 pontos (IC95% -20,67 a -6,58; I^2=88%) e melhora da função de -6,46 pontos (IC95% -9,52 a -3,40; I^2=75%). Análises adicionais também demonstraram melhora nos sintomas de dor e rigidez, sem diferença significativa na capacidade funcional global. Contudo, destaca-se que a metanálise incluiu diferentes formulações de colágeno, incluindo colágeno hidrolisado e colágeno tipo II não desnaturado, provenientes de diferentes fontes, não sendo possível atribuir os resultados exclusivamente à tecnologia pleiteada. Além disso, observa-se elevada variabilidade entre os estudos incluídos, o que reduz a confiabilidade dos resultados, além de indícios de viés, sugerindo possível superestimação dos benefícios. Ademais, a avaliação metodológica demonstrou que apenas quatro estudos apresentaram baixo risco de viés, enquanto a maioria apresentou limitações importantes em seu desenho. Dessa forma, embora os resultados sugiram benefício, a qualidade das evidências ainda é limitada, devendo ser interpretada com cautela.

Ressalta-se que os estudos identificados avaliaram o uso de colágeno não hidrolisado isoladamente, não havendo evidência específica para a associação com ácido hialurônico, como pleiteado no caso em tela.

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário*	Valor Total
	Colágeno do tipo II não hidrolisado com ácido hialurônico 60 cp	7	R$ 161,99	R$ 1.133,93

*Orçamento anexado aos autos (Evento 9, ORÇAM2, Página 1)

O produto prescrito é registrado como suplemento alimentar, não existe uma base oficial para consulta de valores de referência de produtos desta categoria. A tabela acima foi construída de acordo com orçamento juntado aos autos e com base na prescrição médica.

Não foram encontradas avaliações de agências internacionais ou estudos de custo-efetividade para esta tecnologia.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: possível melhora marginal do sintoma dor a médio prazo.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: suplemento alimentar

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Há evidência sugerindo uma possível redução do sintoma dor com o uso do colágeno não hidrolisado em pacientes com OA. Entretanto, em alguns estudos esse benefício é marginal, enquanto em outros é amplamente variável. Assim, com base nas evidências científicas atuais, o benefício da suplementação com o produto pleiteado permanece incerto tanto em relação ao estado biomecânico das articulações quanto à melhora sintomática da OA. Por fim, cabe considerar que, a partir das informações disponíveis nos autos processuais, não constam informações acerca dos tratamentos previamente realizados pela parte autora para OA, incluindo medidas não farmacológicas e otimização da analgesia. Nesse contexto, compreende-se que permanecem disponíveis no SUS alternativas terapêuticas que podem contribuir para o manejo da condição descrita, como fisioterapia e otimização do manejo da dor crônica.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas:

1. Epidemiology and risk factors for osteoarthritis - UpToDate [Internet]. [citado 3 de dezembro de 2024]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-risk-factors-for-osteoarthritis
2. Osteoarthritis (OA) of the Knee - DynaMed [Internet]. Disponível em: https://www.dynamed.com/condition/osteoarthritis-oa-of-the-knee#GUID-B1D8B840-8ACE-4CCB-9B39-F64BAF2E1023
3. Deveza LA, Bennell K. Beyond the Basic). Post TW, editor. UpToDate. c2021. Waltham, MA: UpToDate Inc. 2024. Management of knee osteoarthritis - UptoDate.
4. Doherty M, Abhishek A. Clinical manifestations and diagnosis of osteoarthritis - UpToDate [Internet]. 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-osteoarthritis
5. Lugo JP, Saiyed ZM, Lane NE. Efficacy and tolerability of an undenatured type II collagen supplement in modulating knee osteoarthritis symptoms: a multicenter randomized, double-blind, placebo-controlled study. Nutr J. 2015;15:1–15.
6. Liu X, Machado GC, Eyles JP, Ravi V, Hunter DJ. Dietary supplements for treating osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med. fevereiro de 2018;52(3):167–75.
7. Kumar P, Bansal P, Rajnish RK, et al. Efficacy of undenatured collagen in knee osteoarthritis: review of the literature with limited meta-analysis. Am J Transl Res. 2023;15(9):5545-5555.
8. Simental-Mendía M, Ortega-Mata D, Acosta-Olivo CA, Simental-Mendía LE, Peña-Martínez VM, Vilchez-Cavazos F. Effect of collagen supplementation on knee osteoarthritis: an updated systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Clin Exp Rheumatol. 2025;43(1):126-134. doi:10.55563/clinexprheumatol/kflfr5.

NatJus Responsável: RO - Rondônia

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Inicialmente, cabe observar que Motilex HA® trata-se de produto designado pela sua marca comercial, em desacordo com os Enunciados 12, 15 e 67 das Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça. Por essa razão, será referido neste documento pela respectiva descrição genérica: colágeno tipo II (não hidrolisado) com ácido hialurônico.
De acordo com documento médico anexado (Num. 132483052), a parte autora apresenta diagnóstico de gonartrose (artrose de joelho), apresentando dor e limitação de suas atividades da vida diária. Dessa forma, foi-lhe prescrito colágeno não hidrolisado com ácido hialurônico para gonartrose, bem como a associação dos medicamentos carisoprodol, diclofenaco sódico, cafeína e paracetamol para manejo da dor. Não há informações sobre quais medicamentos foram utilizados previamente, por quanto tempo, em quais doses ou quais resultados clínicos foram observados, o que impede a avaliação quanto à refratariedade ou intolerância aos tratamentos já empregados.
A presente nota versará sobre o pleito do colágeno não hidrolisado com ácido hialurônico no manejo da gonartrose.
A doença degenerativa articular, também conhecida como osteoartrite (OA), osteoartrose ou, ainda, gonartrose quando suas lesões restringem-se aos joelhos, é a principal causa de incapacidade em adultos. Os principais fatores de risco são idade, lesão articular prévia, obesidade, fatores genéticos, deformidades anatômicas e sexo feminino. A apresentação clínica e o curso são variáveis, porém usualmente se apresenta com dor articular e limitação para execução de movimentos. É uma doença bastante prevalente, estimando-se que 240 milhões de pessoas sejam afetadas mundialmente e sabe-se que a prevalência de pessoas com alterações radiográficas da doença mas com poucos sintomas ou assintomáticas é ainda maior (1). A prevalência de artrose de joelho sintomática é estimada em 3,8% da população, sendo 4,8% em mulheres e 3,8% em homens e aumenta com a idade, chegando a 10% dos homens e 18% das mulheres com mais de 60 anos (2).
O tratamento da osteoartrite envolve a realização de exercícios com a devida proteção articular e perda de peso. Para quadros leves, o uso de analgésicos tópicos está indicado e para aqueles com dor moderada a forte podem ser utilizados anti-inflamatórios não-esteroides, fármacos usados no tratamento de dor crônica e cirurgia. A artroplastia com prótese de joelho é indicada aos pacientes com dor intensa decorrente de OA e que não melhoram com tratamento conservador (3,4).

Tecnologia 511834-B

CID: M17 - Gonartrose [artrose do joelho]

Diagnóstico: gonartrose [artrose do joelho]

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): Laudo médico.

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Medicamento

Registro na ANVISA? Sim

Situação do registro: Válido

Nome comercial: -

Princípio Ativo: CAFEÍNA + CARISOPRODOL + DICLOFENACO DE SÓDIO + PARACETAMOL

Via de administração: VO

Posologia: trimusk - 01 cx - 01 cápsula de 8/8 horas.

Uso contínuo? -

Duração do tratamento: dia(s)

Indicação em conformidade com a aprovada no registro? Sim

Previsto em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Min. da Saúde para a situação clínica do demandante? Não

O medicamento está inserido no SUS? Não

Oncológico? Não

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: CAFEÍNA + CARISOPRODOL + DICLOFENACO DE SÓDIO + PARACETAMOL

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: em relação ao controle farmacológico da dor crônica associada à osteoartrite, conforme PCDT da Dor Crônica, estão previstos analgésicos, como dipirona, paracetamol, e anti-inflamatórios, como ibuprofeno e naproxeno, além de analgésicos opióides, como a codeína, e medicamentos adjuvantes para dor crônica, como amitriptilina e gabapentina (2).

Existe Genérico? Sim

Existe Similar? Sim

Descrever as opções disponíveis de Genérico ou Similar: vide CMED.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: CAFEÍNA + CARISOPRODOL + DICLOFENACO DE SÓDIO + PARACETAMOL

Laboratório: -

Marca Comercial: -

Apresentação: -

Preço de Fábrica: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal

Tecnologia: CAFEÍNA + CARISOPRODOL + DICLOFENACO DE SÓDIO + PARACETAMOL

Dose Diária Recomendada: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: CAFEÍNA + CARISOPRODOL + DICLOFENACO DE SÓDIO + PARACETAMOL

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: O medicamento pleiteado é uma associação de carisoprodol, paracetamol, cafeína anidra e diclofenaco sódico. Embora não esteja totalmente elucidado, acredita-se que os efeitos analgésicos do paracetamol sejam recorrentes da ativação de vias inibitórias serotoninérgicas descendentes no sistema nervoso central (SNC). Interações com outros sistemas nociceptivos também podem estar envolvidos. É considerado o tratamento de primeira linha no manejo da dor crônica leve em idosos devido à sua maior segurança em comparação a outros analgésicos, particularmente os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), como é o caso do diclofenaco presente na associação pleiteada (7). Sobre o carisoprodol, seu mecanismo de ação preciso ainda não está claro, mas muitos efeitos têm sido atribuídos às suas ações depressoras centrais. Em animais, o carisoprodol bloqueia a atividade interneuronal e deprime a transmissão neuronal polissináptica na medula espinhal e na formação reticular do cérebro. Ele também é metabolizado em meprobamato, que possui efeitos ansiolíticos e sedativos, e tem ação no relaxamento muscular (8).

Não foram identificados estudos avaliando especificamente a associação fixa de cafeína, carisoprodol, diclofenaco sódico e paracetamol em pacientes com dor crônica associada à gonartrose.

Um ensaio clínico randomizado, duplo?cego, comparativo entre a associação de cafeína, carisoprodol, diclofenaco sódico e paracetamol e a ciclobenzaprina foi realizado para avaliação da eficácia e segurança no tratamento de pacientes com lombalgia e lombociatalgia agudas (9). O estudo avaliou 108 pacientes (54 em cada grupo) com lombalgia ou lombociatalgia agudas através de randomização para receber ou a combinação de 30 mg de cafeína + 125 mg de carisoprodol + 50 mg de diclofenaco sódico + 300 mg de paracetamol ou 10 mg de ciclobenzaprina (ambos administrados três vezes ao dia por sete dias). Os desfechos primários foram a escala visual analógica de dor e o questionário de Roland-Morris; os secundários incluíam avaliação global pelo paciente e pelo investigador, bem como uso de analgésico de resgate. Os resultados mostraram que não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos em nenhum dos desfechos de eficácia (redução da dor e melhora na funcionalidade) ($p>0,05$). Em termos de segurança, o número de pacientes que apresentaram pelo menos um evento adverso foi significativamente maior no grupo ciclobenzaprina comparado à combinação (diferença estatística relevante, $p<0,05$).

Além do estudo supracitado, não foram identificados outros estudos clínicos relevantes acerca

dessa combinação medicamentosa.
Adicionalmente, uma revisão sistemática sobre terapias combinadas contendo paracetamol para lombalgia e osteoartrite avaliou diferentes associações, incluindo combinações com AINEs, como ibuprofeno, aceclofenaco e etodolaco. A revisão identificou elevada heterogeneidade entre os estudos disponíveis, com predomínio de evidências de baixa a moderada qualidade e escassez de dados de longo prazo, ressaltando as limitações das evidências disponíveis acerca dessas combinações medicamentosas. Destaca-se, contudo, que não foram identificados estudos envolvendo especificamente a associação pleiteada (10).

Item	Descrição	Quantidade	Valor unitário*	Valor Total
CARISOPRODOL; PARACETAMOL; CAFEÍNA ANIDRA; DICLOFENACO SÓDICO	(125,0 + 50,0 +37 300,0 + 30,0) MG COM CT BL AL PLAS TRANS X 30		R$ 33,04	R$ 1.222,48

Valor unitário considerado a partir de consulta de preço da tabela CMED. Preço máximo de venda ao governo (PMVG) em Rondônia (ICMS 19,5%). O PMVG é o resultado da aplicação do Coeficiente de Adequação de Preços (CAP) sobre o Preço Fábrica – PF, PMVG = PF(1-CAP). O CAP, regulamentado pela Resolução nº. 3, de 2 de março de 2011, é um desconto mínimo obrigatório a ser aplicado sempre que forem realizadas vendas de medicamentos constantes do rol anexo ao Comunicado nº 15, de 31 de agosto de 2017 - Versão Consolidada ou para atender ordem judicial. Conforme o Comunicado CMED nº 5, de 21 de dezembro de 2020, o CAP é de 21,53%. Alguns medicamentos possuem isenção de ICMS para aquisição por órgãos da Administração Pública Direta Federal, Estadual e Municipal, conforme Convênio ICMS nº 87/02, sendo aplicado o benefício quando cabível.
A associação de de carisoprodol, paracetamol, cafeína anidra e diclofenaco sódico é produzida e comercializada no Brasil por diferentes indústrias farmacêuticas. Em consulta ao painel CMED, no site da ANVISA, em maio de 2026, selecionou-se a alternativa de menor custo. De acordo com esse dado e a prescrição médica, foi elaborada a tabela acima estimando o custo do medicamento para um ano de tratamento. Destaca-se, contudo, que a prescrição médica apresentada orienta uso de 1 comprimido a cada 8 horas, sem especificação da duração do tratamento ou indicação expressa de uso contínuo. Ademais, em geral, essa associação medicamentosa é utilizada em cursos curtos durante períodos de agudização dolorosa, não sendo habitualmente preconizado seu uso contínuo.
Não foram encontradas avaliações de agências nacional e internacionais ou estudos de custo-efetividade para esta tecnologia.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: indeterminado para o caso em tela.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: CAFEÍNA + CARISOPRODOL + DICLOFENACO DE SÓDIO + PARACETAMOL

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Não foram identificados estudos avaliando especificamente a associação fixa

pleiteada em pacientes com gonartrose. Ademais, destaca-se que essa associação medicamentosa é habitualmente utilizada em cursos curtos durante períodos de agudização dolorosa, não sendo usualmente preconizado seu uso contínuo, o qual tampouco foi claramente especificado na prescrição médica apresentada. Além disso, não constam informações detalhadas acerca dos tratamentos previamente utilizados pela parte autora, tampouco da resposta clínica às alternativas terapêuticas disponíveis no SUS. Dessa forma, impõe-se o presente parecer desfavorável.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas:

1. Treede RD. The International Association for the Study of Pain definition of pain: as valid in 2018 as in 1979, but in need of regularly updated footnotes. Pain Rep. 2018;3(2).

2. Ministério Da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica [Internet]. [Internet]. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/dorcronica-1.pdf

3. Turk DC. Pain terms and taxonomies of pain. Bonicas Manag Pain. 2010;

4. Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being: a World Health Organization Study in Primary Care. JAMA. 8 de julho de 1998;280(2):147–51.

5. Maniadakis N, Gray A. The economic burden of back pain in the UK. Pain; 2000.

6. Turk DC, Wilson HD, Cahana A. Treatment of chronic non-cancer pain. Lancet Lond Engl. 25 de junho de 2011;377(9784):2226–35.

7. Rosenquist M, Ellen W. Overview of the treatment of chronic non-cancer pain. UpToDate Walth MA Accessed Sept. 2019;26.

8. UpToDate. Carisoprodol: Drug Information [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; [cited 2025 Nov 23].

9. Garcia Filho RJ, Korukian M, Santos FPE dos, Viola DCM, Puertas EB. Ensaio clínico randomizado, duplo-cego, comparativo entre a associação de cafeína, carisoprodol, diclofenaco sódico e paracetamol e a ciclobenzaprina, para avaliação da eficácia e segurança no tratamento de pacientes com lombalgia e lombociatalgia agudas. Acta ortop bras [Internet]. 2006;14(1):11–6. Available from: https://doi.org/10.1590/S1413-78522006000100002

10. Cao Z, Han K, Lu H, Illangamudalige S, Shaheed CA, Chen L, et al. Paracetamol combination therapy for back pain and osteoarthritis: a systematic review and meta-analyses. Drugs. 2024;84(8):953-967. doi:10.1007/s40265-024-02065-w. PMID: 38937394. PMCID: PMC11343817.

NatJus Responsável: RO - Rondônia

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Cabe observar que consta medicamento designado pela sua marca comercial, em desacordo com os Enunciados 12, 15 e 67 das Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça. Por essa razão, o medicamento Trimusk® será tratado neste documento como associação de carisoprodol, paracetamol, cafeína anidra e diclofenaco sódico.
De acordo com documento médico anexado (Num. 132483052), a parte autora apresenta diagnóstico de gonartrose (artrose de joelho), apresentando dor e limitação de suas atividades diárias. Dessa forma, foi-lhe prescrito colágeno não hidrolisado com ácido hialurônico para gonartrose, bem como a associação dos medicamentos carisoprodol, diclofenaco sódico, cafeína e paracetamol para manejo da dor. Não há informações sobre quais medicamentos foram utilizados previamente, por quanto tempo, em quais doses ou quais resultados clínicos foram observados, o que impede a avaliação quanto à refratariedade ou intolerância aos tratamentos já empregados.
A presente nota versará sobre o pleito da associação dos medicamentos carisoprodol, diclofenaco sódico, cafeína e paracetamol para manejo da dor.
A Associação Internacional de Estudos de Dor (do inglês, International Association for the Study of Pain ou IASP) define a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou não a dano real ou potencial (1). Dor pode ser classificada em aguda, quando sua duração é inferior a 30 dias, ou crônica, se superior a 30 dias (2). Ademais, subclassifica-se conforme sua etiologia em nociceptiva (decorrente de lesa?o tecidual, como ocorre na osteoartrite), nociplástica (caracterizada por hipersensibilidade em tecido não lesionado, como na fibromialgia), neuropática (causada por lesa?o ou disfunc?a?o do sistema nervoso) ou mista (3).
Segundo a Organização Mundial da Saúde, cerca de 20% da população mundial apresenta algum grau de dor crônica (4), resultando em significativo impacto econômico (5, 6).
A dor aguda é tratada principalmente a partir do manejo da causa de base e com o uso de analgésicos comuns como dipirona, paracetamol e anti-inflamatórios. As opções terapêuticas para manejo de dor crônica se enquadram em seis categorias principais: abordagens farmacológicas, medicina física e reabilitação ou fisiatria, medicina comportamental, neuromodulação, intervenção de cunho psicológico e tratamentos cirúrgicos (7). Dessa forma, deve-se priorizar abordagens conjuntas e coordenadas por uma equipe multidisciplinar, em que o medicamento não é foco único do tratamento.